



## ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПРОВЕРКУ СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ

Уважаемый клиент!

Благодарим за Ваш запрос в отношении подачи заявления о проверке соответствия критериям на право получения услуг специальной транспортировки (Special Transportation Service, STS) транспортной системы г. Шарлотт (Charlotte Area Transit System, CATS). Ниже Вы найдете Заявление о проверке соответствия критериям на право получения услуг службы перевозки маломобильных категорий граждан (социальные перевозки) в соответствии с законом «Об американцах-инвалидах» (Americans with Disabilities Act, ADA), а также инструкцию, в которой описана процедура проведения указанной проверки.

**Внимательно прочитайте приложенные материалы, прежде чем заполнять заявление.**

STS — это служба CATS, предоставляющая услуги социальной перевозки для инвалидов и пожилых людей, которые не в состоянии пользоваться общественным транспортом, следующим по установленному маршруту, по состоянию здоровья. Неспособность пользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту, состоять в отсутствие способности самостоятельно добраться до остановки автобуса и обратно, сесть в автобус или выйти из него, или понять, как пользоваться автобусным транспортом.

STS оказывает услуги перевозки в микроавтобусе/совместных перевозок лицам, которые имеют право на услуги социальной перевозки в соответствии с законом ADA и не в состоянии воспользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту. Например, в некоторых случаях, когда остановки находится поблизости и отсутствуют препятствия для посадки в автобус и выхода из него, Вы можете пользоваться автобусным транспортом. В других случаях, у Вы можете быть не в состоянии добраться до остановки и использовать обычный транспорт. Назначение STS состоит в том, чтобы оказать Вам помощь в таких ситуациях.

Существует три вида соответствия критериям на получение права на данную услугу:

**Условное временное:** иногда Вы можете пользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту, а иногда Вам требуются услуги социальной перевозки. Ожидается, что Ваше функциональное состояние улучшится.

**Условное постоянное:** иногда Вы можете пользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту, а иногда Вам требуются услуги социальной перевозки. Ваше функциональное состояние не улучшится и, возможно, ухудшится.



**Безусловное:** Вы не можете пользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту, по причине функционального ограничения.

Чтобы мы могли точно определить, насколько Вы соответствуете критериям для получения права на данные услуги, **пожалуйста, заполните прилагаемое заявление полно и точно, насколько представляется возможным.** Цель данных вопросов — определить обстоятельства, при которых Вы можете пользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту, или услугами социальной перевозки.



Если Вам нужна помощь при заполнении формы заявления или у Вас есть вопросы, обратитесь в офис STS. Можно получить данное письмо и заявление, напечатанные крупным шрифтом или в альтернативных форматах.

После заполнения заявления, попросите лицензированного поставщика медицинских услуг или специалиста в области реабилитации заполнить и подписать последнюю страницу. ***Если какие-либо разделы заявления останутся пустыми, его вернут Вам обратно.*** Информация, которую Вы сообщаете в данном заявлении, является конфиденциальной.

***Не прилагайте к данному заявлению медицинскую документацию или информацию. Вы можете принести медицинскую информацию с собой на интервью.***

Через несколько дней после получения Вашего заполненного заявления с Вами свяжутся по телефону, чтобы назначить время личного собеседования и проведения оценки физического состояния с целью определения наличия у Вас возможности пользоваться транспортом CATS, следующим по установленному маршруту.

Срок рассмотрения заполненных заявлений составляет 21 день с даты их поступления. По истечение указанного срока Вы получите письменное извещение о наличии у Вас права на получение услуги. Если для проведения оценки и принятия решения потребуется дополнительное время, Вам предоставят временное право на пользование данной услугой.

Если мы примем решение, что Вы в состоянии пользоваться транспортом CATS, следующим по установленному маршруту, и поэтому не имеете права на обслуживание STS, мы сообщим Вам причину(-ы) такого решения. Вы можете подать апелляцию в письменном виде. Однако обслуживание STS не будет предоставляться в период процесса апелляции, кроме случаев, когда процесс апелляции длится более 30 дней.



## Информация о заявителе

**Обращение:** Г-н, г-жа

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Номер телефона/ номер TDD (днем) \_\_\_\_\_ (вечером) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [ ] Мужчина [ ] Женщина

Основной язык общения: [ ] Английский [ ] Испанский [ ] Язык жестов [ ] Другой: \_\_\_\_\_

Доступные форматы: [ ] Стандартный шрифт [ ] Крупный шрифт [ ] Шрифт Брайля  
[ ] Звукозапись [ ] Другой: \_\_\_\_\_

Вид права на получение данной услуги:

[ ] Условное [ ] Безусловное [ ] Временное [ ] Постоянное

**В случае заполнения настоящего заявления лицом, подающим заявление о проведении оценки, данное лицо должно указать следующую информацию:**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Телефон: (днем) \_\_\_\_\_ (вечером) \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

**В случае неотложной ситуации:** пожалуйста, укажите двух людей, включая специалистов, оказывающих поддержку, представителей агентств или других лиц, знающих о Вашей инвалидности, с которыми может связаться служба STS:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_ Рабочий телефон \_\_\_\_\_ Домашний телефон \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Кем приходится: \_\_\_\_\_

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_ Рабочий телефон \_\_\_\_\_ Домашний телефон \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Кем приходится: \_\_\_\_\_



## Сведения о Вашей инвалидности

Вы являетесь новым клиентом или повторно подтверждаете наличие у Вас права на обслуживание?  Новый клиент  Повторное подтверждение  
Если обращаетесь повторно, имеются ли изменения Вашего состояния/инвалидности? Если да, поясните

---

---

---

1. Укажите инвалидность, которая мешает Вам пользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту.

---

---

---

2. Поясните, каким образом Ваша инвалидность мешает Вам самостоятельно пользоваться транспортом, следующим по установленному маршруту: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

3. Являются ли описанные Вами состояния:  
 постоянными  меняющимися изо дня в день  временными?  
Если данные состояния являются временными, какова их ожидаемая продолжительность? \_\_\_\_\_

---

4. Наблюдается ли у Вас чувствительность к пониженным температурам по медицинским причинам?  Да  Нет  
Выше или ниже каких температур? \_\_\_\_\_  
Если ответ «да», поясните: \_\_\_\_\_

---

5. Наблюдается ли у Вас чувствительность к повышенным температурам по медицинским причинам?  Да  Нет  
Выше или ниже каких температур? \_\_\_\_\_  
Если ответ «да», поясните: \_\_\_\_\_

---

6. Осложняют ли другие погодные условия (ветер, сумерки/темнота и/или яркий свет) имеющееся у Вас нарушение здоровья? Если ответ «да», поясните: \_\_\_\_\_

---

---



7. Наблюдается ли у Вас нарушение зрения?  Да  Нет  Иногда  
Если ответ «да» или «иногда», поясните: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Влияют ли на Вашу способность свободно дышать погодные условия или условия окружающей среды?  
 Да  Нет  Иногда  
Если ответ «да» или «иногда», поясните: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Меняется ли степень Вашей инвалидности после медицинского лечения?  
 Да  Нет  Иногда  
Если ответ «да» или «иногда», поясните: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Есть ли у Вас какие-либо другие замечания или дополнительная информация в отношении Вашей инвалидности, которые Вы хотели бы указать?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Маршрут до остановки и обратно

1. Можете ли Вы самостоятельно найти остановки транспорта, следующего по установленному маршруту, направления, адреса и/или перекрестки?  
 Да  Нет  Иногда Если ответ «нет» или «иногда», поясните:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Вы можете самостоятельно перемещаться в темное время суток?  
 Да  Нет  Иногда Если ответ «нет» или «иногда», поясните:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Можете ли Вы безопасно самостоятельно преодолеть расстояние в четверть мили (4 квартала) без посторонней помощи?  
 Да  Нет  Иногда Если ответ «нет» или «иногда», поясните:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Можете ли Вы безопасно самостоятельно преодолеть расстояние в 200 футов (61 м) без посторонней помощи?  
 Да  Нет  Иногда Если ответ «нет» или «иногда», поясните:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Можете ли Вы самостоятельно добраться до остановки по месту Вашего жительства и вернуться от нее?  Да  Нет  Иногда Если ответ «нет» или «иногда», поясните:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Можете ли Вы ожидать на улице без посторонней помощи или поддержки в течение 10 (десяти) минут?  Да  Нет  Иногда Если ответ «нет» или «иногда», поясните:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Можете ли Вы самостоятельно добраться до тех мест, куда Вы обычно ходите (местные автобусные остановки) и вернуться от них?  Да  Нет  Иногда  
Если ответ «нет» или «иногда», поясните:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Можете ли Вы ожидать дольше 15 минут?  Да  Нет  Иногда  
Если «да», то как долго Вы можете ожидать: \_\_\_\_\_ минут.



9. Можете ли Вы перемещаться по плоским поверхностям в хорошую погоду?

Да  Нет  Иногда

Если ответ «нет» или «иногда», поясните:

---

---

10. Можете ли Вы перемещаться по поверхностям, расположенным под небольшим углом, в хорошую погоду?

Да  Нет  Иногда

Если ответ «нет» или «иногда», поясните:

---

---

11. Можете ли Вы добраться до ближайшей остановки общественного транспорта и обратно?

Да  Нет  Иногда

Если ответ «нет» или «иногда», поясните:

---

---

12. Можете ли Вы подождать, если на остановке есть скамья или навес?

Да  Нет  Иногда

Если ответ «нет» или «иногда», поясните:

---

---

13. Можете ли Вы подождать, если на остановке **нет** скамьи или навеса?  Да  Нет

Если ответ «нет», поясните: \_\_\_\_\_

14. Как долго Вы можете ожидать автобус? \_\_\_\_\_ минут.





## Посадка и высадка из автобуса

1. Можете ли Вы самостоятельно не подвергая себя опасности подняться и спуститься по 3 (трем) ступеням высотой 30 см (12 дюймов)?  Да  Нет  Иногда  
Если ответ «нет» или «иногда», поясните:

---

---

2. Можете ли Вы зайти в автобус, оборудованный для проезда лиц в инвалидных креслах, ехать в нем и выйти из него без посторонней помощи?  Да  Нет  Иногда  
Если ответ «нет» или «иногда», поясните:

---

---

3. Можете ли Вы держаться за ручки или поручни, держать в руках монеты или билеты при посадке или высадке из автобуса?  Да  Нет  Иногда  
Если ответ «нет» или «иногда», поясните:

---

---

4. Можете ли Вы сесть или выйти из транспортного средства, если оно оборудовано подъемником или механизмом, который опускает переднюю часть автобуса?  
 Да  Нет  Иногда  
Если ответ «нет» или «иногда», поясните:

---

---

5. Можете ли Вы сесть в автобус или выйти из него без посторонней помощи?  
 Да  Нет  Иногда  
Если ответ «нет» или «иногда», поясните:

---

---

## Предоставление услуги

1. Пользуетесь ли Вы инвалидным креслом или скутером?  Да  Нет

Укажите его ширину: \_\_\_\_\_ дюймов

Укажите его массу, когда Вы находитесь в нем: \_\_\_\_\_ фунтов.

Эта информация не используется для определения наличия права на получение услуг социальной перевозки. Заявитель обязан знать габариты своего средства передвижения, а также отвечает за то, чтобы габариты данного средства передвижения не превышали размеры стандартного инвалидного кресла.

Согласно закону «Об американцах-инвалидах» (Americans with Disabilities Act) 1990 года, стандартное инвалидное кресло должно иметь **ширину не более 76 см (30 дюймов), длину не более 122 см (48 дюймов) и массу не более 272 кг (600 фунтов), когда в нем находится человек.**

**Если Ваше средство передвижения превышает указанные выше габариты, ADA не гарантирует предоставление услуг социальной перевозки.**

2. Вы используете в поездках какие-либо вспомогательные средства для передвижения или специализированное оборудование? Отметьте все подходящие варианты.

- Трость  Служебное животное  Доска для общения  
 Белая трость  Инвалидное кресло с электроприводом  
 Большое инвалидное кресло с электроприводом (превышает нормы, установленные ADA)  
 Ходунки  Скутер с электроприводом (3-колесный)  
 Костыли  Инвалидное кресло с ручным управлением  
 Другое вспомогательное средство: \_\_\_\_\_

3. Если Вы пользуетесь инвалидным креслом или скутером, будете ли Вы его брать с собой в транспорт для социальной перевозки?

Да  Нет  Иногда

Если ответ «нет» или «иногда», поясните: \_\_\_\_\_



4. Можете ли Вы ожидать в течение 15 минут на остановке общественного транспорта, если Вы имеете при себе Ваше средство для передвижения?  Да  Нет  Иногда  
Если ответ «нет» или «иногда», поясните: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Нуждаетесь ли Вы в сопровождающем (лице, осуществляющем уход, поводыре)?  
Сопровождающий может помочь Вам с личными нуждами или нуждами, связанными с поездкой, например, при переходе улицы, перемещении по лестницам и т.п.  
 Да  Нет  Иногда  
Если ответ «да» или «иногда», поясните, какую помощь оказывает это лицо:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Совершаете ли Вы поездки в сопровождении детей младше 10 лет?  Да  Нет



## Разглашение информации

Я, заявитель, понимаю, что цель данного заявления — определить наличие у меня права на услуги, предоставляемые службой специальной транспортировки (Special Transportation Service, STS). Я согласен (согласна) на передачу запрашиваемой информации компании Carolinas Rehabilitation, действующей от имени Charlotte Area Transit System, а также любой экспертной комиссии по вопросам проверки соответствия критериям, и понимаю, что с информацией, которая содержится в настоящем заявлении, будут обращаться как с конфиденциальной, кроме случаев, предусмотренных в законодательстве. Кроме того, я понимаю, что компания Carolinas Rehabilitation, действующая по поручению Charlotte Area Transit System, сохраняет за собой право запрашивать дополнительную информацию по своему усмотрению. Я согласен (согласна) ставить STS в известность о любых изменениях степени моей инвалидности, которые влияют на мою способность пользоваться бесплатными услугами социальной перевозки. Я также понимаю, что это может повлиять на мое право быть пассажиром такого транспорта.

**Настоящим подтверждаю, что я являюсь лицом, запрашивающим подтверждение соответствия требованиям для получения услуг социальной перевозки в рамках закона ADA, а также что представленная выше информация является достоверной и точной:**

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Ф.И.О. заявителя печатными буквами \_\_\_\_\_

Ф.И.О. составителя печатными буквами \_\_\_\_\_

Если составитель представляет агентство, укажите наименование агентства печатными буквами здесь:

\_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_

Подпись родителя или законного опекуна \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_



Благодарим Вас за заполнение данного заявления.

**Вас уведомят в письменной форме в течение 21 дня с момента получения данного заявления о принятом решении, а также об основаниях принятого решения.**

*Любое лицо, которому отказано в праве получать услугу или предоставлено условное право на получение услуги, может подать апелляцию в письменной форме в течение 60 дней. Однако обслуживание STS не будет предоставляться в период рассмотрения апелляции, кроме случаев, когда рассмотрение апелляции длится более 30 дней. Право на обслуживание STS предоставляется на период до 3 (трех) лет, независимо от того, являются функциональные ограничения постоянными или временными.*



## Подтверждение от специалиста

Для выполнения надлежащей оценки данного заявления компания Carolinas Rehabilitation, действующая от имени Charlotte Area Transit System, свяжется с Вашим поставщиком медицинского обслуживания или специалистом по реабилитации, чтобы подтвердить предоставленную информацию. **Попросите Вашего поставщика медицинского обслуживания или специалиста по реабилитации заполнить и подписать следующее разрешение.**

Примечание. Если возможно, попросите заполнить данную форму специалиста, который знает о Вашей конкретной инвалидности и может объективно оценить Ваши возможности пользования общественным транспортом. Таким специалистом может быть:

- специалист по реабилитации;
- консультант, проживающий отдельно;
- социальный работник;
- психолог;
- консультант по профессиональной реабилитации;
- консультант по психическому здоровью;
- специалист по трудотерапии или физиотерапевт;
- врач или дипломированная медсестра.

*Указанный ниже специалист в области медицинского обслуживания или реабилитации знает о моей инвалидности и уполномочен предоставлять компании Carolinas Rehabilitation, действующей от имени Charlotte Area Transit System, любую информацию, необходимую для подтверждения сведений, содержащихся в настоящем заявлении или для уточнения ограничений, связанных с моей инвалидностью.*

Этот раздел заполняется специалистом в области медицинского обслуживания или реабилитации

Ф.И.О. _____
Адрес _____ _____
Номер телефона/ номер TDD (день) _____ Факс _____
Адрес эл. почты _____
Подпись _____ Дата _____